



加州  
醫療保健管理部

獨立醫療審查  
請求延長六個月的最後申請期限  
DMHC / IMR 120 11/27/00

1. 登記者資訊

(若考慮申請 IMR，請完成 IMR 申請表和此表格。)

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

日期 夜間 傳真

地址：\_\_\_\_\_

街道 城市 州 郵遞區號 電子郵件

2. 登記者沒有在接獲健康計劃組織書面拒絕後六個月內提交請求獨立醫療審查的理由：

---

---

---

---

---

---

---

---

3. 請列出健康計劃組織的拒絕函日期，以及其他相關日期：

---

---

4. 簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

請完成 IMR 申請表並連同本表一同寄回：Department of Managed Health Care, HMO Help Center, IMR Unit, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814。如果您有任何問題，與本部門聯絡的電話是 (888) HMO-2219、傳真 (916) 229-4328、TDD (877) 688-9891，本部門的網址為：  
[www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov)。

(僅供醫療保健管理部使用)

審閱者：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

審閱者簽名：\_\_\_\_\_

對請求的決定：接受/拒絕 (請選擇其一)

註記：\_\_\_\_\_

---

---

---